ZELFHULP

dossier | **effectiviteit van zelfhulp**

Colofon

Auteur

Else De Donder, stafmedewerker VAD

Verantwoordelijke uitgever

F. Matthys, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

wettelijk depotnummer: D/2010/6030/29

VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw

Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

Inhoud

INHOUD 3

1. INLEIDING 4

1.1. ACHTERGROND 4
1.2. ZOEKSTRATEGIE 4

2. WAT IS ZELFHULP? 5

3. BIBLIOTHERAPIE: ZELFHULPHANDLEIDINGEN, -BOEKEN EN -BROCHURES 5

3.1. WAT? 5
3.2. VOORDELEN? 6
3.3. EFFECT? 6
3.4. CONCLUSIE 9

4. ZELFHULPGROEPEN 10

4.1. WAT? 10
4.2. VOOR WIE? 11
4.3. VOORDELEN? 12
4.4. EFFECT? 12
4.5. LINK MET PROFESSIONELE ZORG 14
4.6. CONCLUSIE 15

5. E-MENTAL HEALTH 16

5.1. WAT? 16
5.2. VOORDELEN 17
5.3. NADELEN 18
5.4. ONLINE ZELFTEST/SCREENING/ADVIES OP MAAT 19
5.4.1 Effect? 20
5.5. COMPUTER EN ONLINE ZELFHULP 21
5.5.1 Voor- en nadelen 21
5.5.2 Effect? 22
5.6. ONLINE BEHANDELING/BEGELEIDING/E-THERAPIE 24
5.6.1 Voor- en nadelen 25
5.6.2 Effect? 25
5.7. CONCLUSIE 27

6. CONCLUSIE 29

7. LITERATUUR 31

1. Inleiding

1.1. Achtergrond

In België zoekt 16,5% van de personen met een alcoholgerelateerde stoornis professionele hulp (Bruffaerts e.a., 2004). Uit de gezondheidsenquête van 2008 blijkt dat 10% van de Belgische bevolking van vijftien jaar en ouder problemen heeft met alcoholgebruik volgens het CAGE-screeningsinstrument (Demarest e.a., 2009). Probleemdrinken is de derde belangrijkste oorzaak van ziekte en sterfte en het leidt tot hoge maatschappelijke en economische kosten.

Slechts een minderheid van druggebruikers gaat op zoek naar professionele of formele hulp. Schaamte, angst voor stigmatisering en angst voor juridische consequenties of voor gevolgen op het werk maken de drempel naar formele hulp hoog (Cunningham, 2005). Bovendien is de formele hulpverlening gebonden aan openingsuren en zijn er wachtlijsten. Vrouwen, hoger opgeleiden, werkenden en ouderen zijn moeilijker te bereiken voor face-to-facehulpverlening (Postel, De Jong & De Haan, 2005).

Buiten de professionele of formele hulpverlening zijn er verschillende mogelijkheden waardoor mensen zelf hun problemen met middelengebruik kunnen aanpakken. We beschrijven ze hier onder de grote noemer zelfhulp: geschreven zelfhulpmaterialen, zelfhulpgroepen en e-mental health.

Het doel van deze niet-exhaustieve literatuurstudie is nagaan wat de (kosten)effectiviteit is van de verschillende vormen van zelfhulp.

1.2. Zoekstrategie

Voor de literatuurstudie is in **PubMed** gezocht naar Engelstalige, Franstalige en Nederlandstalige literatuur verschenen in de laatste tien jaar. Daarvoor zijn de volgende zoektermen gebruikt: *self help groups, self care, computer-delivered, computer-assisted, internet-based, web-based* in combinatie met *substance related disorders, addiction, alcohol, gambling treatment outcome, internet*.

Verder is in **VADIS** (Vereniging voor Alcohol-en andere Drugproblemen - Informatiesysteem) literatuur gezocht op basis van de trefwoorden zelfhulp in combinatie met effectiviteit, evaluatie, internet en hulpverlening.

Om de literatuurstudie in de tijd te beperken worden voornamelijk de resultaten van overzichtsstudies (reviews) weergegeven. Daarnaast zijn de resultaten van Nederlands onderzoek over e-health meer in detail besproken.

De literatuurstudie is een eerste aanzet om de beschikbare literatuur over dit thema samen te brengen.

2. Wat is zelfhulp?

Psycho-educatie of informatieverstrekking is de meest elementaire vorm van zelfhulp (Lange, Ruwaard & Schrieken, 2009). Ook op het world wide web wordt dit het meest aangeboden al is de kwaliteit niet altijd even goed. Vaak spreekt men pas van zelfhulp als cliënten min of meer zelfstandig een gestandaardiseerd therapeutisch programma doorlopen. Bij onbegeleide zelfhulp dient de cliënt de juiste behandeling te kiezen en de discipline op te brengen om de behandeling af te maken. Bij licht begeleide zelfhulp wordt de cliënt hierbij ondersteund door een therapeut.

Een methode die gebruikt wordt in zelfhulpinterventies is de *korte persoonlijke feedback*, waarbij persoonlijke feedback wordt gegeven over iemands consumptiepatroon (Riper e.a., 2009b). Deze feedback kan bestaan uit verschillende componenten, zoals een overzicht van het gemiddelde wekelijks alcoholgebruik, bloedalcoholconcentratieniveaus (BAC), de gezondheid en de sociale risico's van probleemdrinken, of zelfhulprichtlijnen om problematisch alcoholgebruik te veranderen.

Normatieve feedback is een ander belangrijk onderdeel van vele persoonlijke feedbackinterventies (Riper e.a., 2009b). De grondgedachte van normatieve feedback is dat vergelijkingen met de algemene bevolking of met een objectieve standaard, zoals een aanbeveling, leiden tot een bewustwording over het eigen risicogedrag, waardoor men gemotiveerd wordt om het eigen gedrag aan te passen (Brug, Van Assema en Lechner, 2007).

De technologische vooruitgang laat nu toe om persoonlijke feedback te geven via mail, computer en internet (Riper e.a., 2009b).

We onderscheiden verder de volgende zelfhulpinterventies:
- geschreven zelfhulpmaterialen, ook wel bibliotherapie genoemd,
- zelfhulpgroepen,
- e-mental health.

3. Bibliotherapie: zelfhulphandleidingen, -boeken en -brochures

3.1. Wat?

Bibliotherapie staat voor elke therapeutische interventie die wordt gepresenteerd in een schriftelijke vorm en die is ontworpen om te worden gelezen en uitgevoerd door de cliënt zelf (Apodaca en Miller, 2003). Het kan gaan over brochures van slechts een paar pagina's tot zelfhulphandleidingen en -boeken van honderden bladzijden. Zelfhulpboeken geven de gebruiker de kans om het eigen drinkgedrag te evalueren maar meer nog gidsen ze gebruikers via een aantal stappen door het proces van verandering (Cunningham e.a., 2002).

Bibliotherapie kan volgens Apodaca en Miller (2003) gebruikt worden als een eerste interventie in een *stepped-care* aanpak. Er dient wel aandacht te zijn voor follow-up om de voortgang te controleren. Normaal gezien treedt een vermindering van het drinken met bibliotherapie op na zes tot acht weken. Follow-up op dat moment kan personen identificeren die toch een andere soort interventie nodig hebben.

Er moet rekening mee worden gehouden dat de deelnemers in de meeste studies over bibliotherapie probleemdrinkers zijn zonder zware alcoholafhankelijkheid (Apodaca en Miller, 2003). In die zin dient bibliotherapie meer gezien te worden als geïndiceerde (gerichte, secundaire) preventie in plaats van een alternatief voor behandeling.

Raistrick, Heather en Godfrey (2006) zien zelfhulpmaterialen wel als een alternatief voor behandeling. Zelfhulpmaterialen kunnen ook gebruikt worden als aanvulling op een aan de gang zijnde behandeling of begeleiding of als een vorm van nazorg na de behandeling of begeleiding. Toch stellen deze auteurs dat bij serieuze problemen best wordt doorverwezen naar de formele hulpverlening en dat zelfhulphandleidingen voor alcoholproblemen vooral zijn bedoeld voor risicodrinkers (*hazardous*) en schadelijke drinkers (*harmful*) zonder alcoholafhankelijkheid.

3.2. Voordelen?

Een groot voordeel van bibliotherapie is de toegankelijkheid (Apodaca en Miller, 2003). De materialen kunnen geleverd worden via de post, door praktijkwerkers, via de detailhandel en via het internet. Zelfhulphandleidingen zijn ook zeer waardevol voor mensen die in afgelegen gebieden wonen waar de hulpverlening niet zo toegankelijk is (Raistrick, Heather, & Godfrey, 2006).

Mensen die om zelfhulpmaterialen vragen, staan doorgaans weigerachtig tegenover praten over hun problemen via de telefoon of face to face met een persoon/therapeut, zelfs als het gratis wordt aangeboden (Apodaca en Miller, 2003). Er zijn ook mensen die niet naar professionele of formele hulpverlening willen stappen uit vrees voor stigmatisering (Raistrick, Heather, & Godfrey, 2006).

In Canadees onderzoek werd nagegaan of cannabisgebruikers geïnteresseerd waren in volgende vier types van interventies: een zelfhulpboek om het eigen gebruik te evalueren, een computergestuurde samenvatting waarin het eigen gebruik met dat van de algemene bevolking wordt vergeleken, een telefonisch interview met een hulpverlener of face-to-facecontact met een hulpverlener (Cunningham, 2005). De wekelijkse cannabisgebruikers waren vooral geïnteresseerd in een zelfhulpboek en in een computergestuurde samenvatting. Het telefonisch interview of face-to-facecontact met een hulpverlener kon maar op matige interesse rekenen. Dit lijkt erop te wijzen dat met bibliotherapie cannabisgebruikers kunnen bereikt worden die anders niet bereikt worden.

3.3. Effect?

Apodaca en Miller (2003) gingen via een meta-analyse van 22 studies de effectiviteit na van bibliotherapie in het terugdringen van alcoholproblemen. Ze vonden bescheiden ondersteuning voor de effectiviteit (0,31) van zelfhulpmaterialen in het terugdringen van risicovol en schadelijk drinken bij personen die erom vroegen indien dit werd vergeleken met het ontbreken van een interventie.

Minder duidelijk is of bibliotherapie waardevol is voor risicodrinkers die worden geïdentificeerd door middel van bevolkingsonderzoek en die niet om hulp vragen om hun drinken terug te dringen (Apodaca en Miller, 2003). Tot op heden zijn de bevindingen daarover gemengd. In het algemeen wijzen ze op een meer bescheiden vermindering van alcoholgebruik in vergelijking met gebruikers die wel degelijk om zelfhulpmaterialen verzoeken. Ook Cunningham e.a. (2002) besluiten op basis van hun onderzoek dat ongevraagd materiaal opsturen naar probleemdrinkers die niet actief hulp zoeken geen goed idee is, tenzij er tezelfdertijd ook aandacht is voor het verhogen van de interesse in verandering. Uit eerder onderzoek bleek trouwens dat een motivationeel telefonisch gesprek de resultaten van een zelfhulpboek kan verhogen.

Niet alle materialen zijn zinvol (Apodaca en Miller, 2003). Zelfhulpmaterialen gebaseerd op cognitief-gedragsmatige strategieën zijn effectiever dan materialen met meer algemene informatie en advies.

Vergeleken met geen interventie leidt bibliotherapie zonder begeleiding ook tot significante vermindering in het drinken (Apodaca en Miller, 2003). Daarenboven blijkt dat studies die bibliotherapie alleen vergeleken met bibliotherapie aangevuld met een consult (persoonlijk of telefonisch) geen additief effect vonden van het consult. Niettemin zou bibliotherapie het zoeken van formele hulp verhogen bij zwaardere drinkers.

Over de effectiviteit van zelfhulpboeken die geheel buiten de context van de gezondheidszorg gekocht worden, bijvoorbeeld bij een boekhandel, is vrijwel niets bekend (Apodaca en Miller, 2003).

Cunningham e.a. (2002) onderzochten de impact van twee soorten zelfhulpinterventies binnen de algemene bevolking. Het ging enerzijds om een zelfhulpboek en anderzijds om persoonlijke feedback gebaseerd op normatieve feedback. Voor het onderzoek werden respondenten gerekruteerd via een bevolkingsonderzoek. Er werden vier groepen gevormd. De eerste groep kreeg enkel het zelfhulpboek *Drinkwise*[1]. De tweede groep kreeg verschillende materialen met persoonlijke feedback op basis van de informatie die was doorgegeven in het bevolkingsonderzoek (uitprint van verschillende aspecten van hun drinkgedrag, taartdiagram waarmee ze hun gebruik met dat van de algemene bevolking konden vergelijken, informatie over de mogelijke gezondheidsgevolgen van hun alcoholgebruik). De derde groep kreeg zowel het zelfhulpboek als de materialen met persoonlijke feedback. De vierde groep ten slotte kreeg geen materiaal. De respondenten die zowel het zelfhulpboek als de materialen met persoonlijke feedback kregen dronken op het follow-upmoment na zes maanden minder dan de respondenten die slechts één of geen interventie kregen.

In Nederland werd het boekje *Hoe minder te drinken*[2] op effectiviteit onderzocht in een gerandomiseerd onderzoek bij 175 personen die meer dronken dan de gangbare richtlijn voor verantwoord alcoholgebruik (Meijer e.a., 2006). De interventiegroep kreeg het boekje toegestuurd, de vergelijkingsgroep kreeg de informatiebrochure van het Nationaal

[1] Sanchez-Craig, M. (1996). *Drinkwise: How to quit drinking or cut down.* 2nd edition. Toronto: Addiction research Foundation.

[2] Van Emst, A. (1996). *Hoe minder te drinken.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) *Wat doet drank met u*. In de interventiegroep verminderde het alcoholgebruik (gemeten in aantal glazen per week) significant meer dan in de controlegroep. De interventie had echter geen effect op de risicostatus, namelijk op meer drinken dan de gangbare richtlijn.

Het kan ook belangrijk zijn om cliënten die zich aanmelden voor behandeling bij een hulpverleningsinstelling een aantal nuttige documenten mee te geven onder het motto 'het ijzer smeden terwijl het heet is' (Cunningham e.a., 2001). Veel cliënten die zich aanmelden voor behandeling komen immers later niet terug voor verdere behandeling. De meegegeven materialen kunnen voor de cliënt een stimulans zijn om direct aan hun alcoholproblemen te werken, of ze nu al dan niet terugkeren naar de behandeling of niet. Deze materialen kunnen ook de uitval in dit beginstadium verminderen.

Cunningham e.a. (2001) evalueerden in een quasi-experimenteel onderzoek het al dan niet ontvangen van het zelfhulpboek *Alcohol and you* bij cliënten die primaire alcoholproblemen hebben en die zich aandienen bij een hulpverleningsinstelling. Op het einde van het aanmeldingsgesprek (*assesment appointment*) kregen alle cliënten met primaire alcoholproblemen in de ene maand het boek *Alcohol and you*, in de daaropvolgende maand kreeg geen enkele cliënt dat boek. Dit gebeurde gedurende zes maanden.

Het zelfhulpboek zorgde niet voor een significant grotere toeleiding naar de hulpverlening (Cunningham e.a., 2001). Het geven van zelfhulpmaterialen bij aanmelding had wel een impact op het drinken van alcohol ongeacht of de cliënten uiteindelijk in behandeling gingen of niet. Cliënten die het zelfhulpboek kregen, dronken op minder dagen en dronken minder per gelegenheid dan de cliënten die geen zelfhulpboek hadden gekregen. Aangezien de interventie met het zelfhulpboek *Alcohol and you* goedkoop en weinig tijdsintensief is, besluiten de auteurs dat een dergelijke minimale interventie zeker de moeite waard is.

Copello e.a. (2009) onderzochten het verschil in effect van een lange en een korte interventie voor *familieleden van gebruikers*. De lange interventie bestond uit vijf face-to-facesessies met een gezondheidswerker. Het familielid ontving tevens een zelfhulpboek. De korte interventie bestond uit een face-to-facesessie met een gezondheidswerker waarin het gebruik van het zelfhulpboek werd toegelicht. Hoewel werd verondersteld dat de lange interventie tot een grotere reductie in stress en verbeterde coping bij familieleden zou leiden, werd tussen de groepen die de lange en de korte interventie kregen, geen verschil in resultaat gevonden. Op basis van kosteneffectiviteit wordt dan ook besloten dat de korte interventie de voorkeur geniet om uit te voeren in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Uit interviews met familieleden en professionelen bleek echter dat beiden de voorkeur gaven aan de meer intensieve face-to-faceinterventie (Copello e.a., 2009). Dit zorgt meteen voor een interessant dilemma in de keuze voor gezondheidsinterventies: kostenbesparingen versus patiëntbetrokkenheid.

3.4. Conclusie

Therapeutische interventies in schriftelijke vorm zijn zeer toegankelijk. Er wordt een groep mee bereikt die wellicht geen beroep doet op professionele hulpverlening.

Het gebruik van bibliotherapie is kosteneffectief voor probleemdrinkers die hulp vragen om hun gebruik te verminderen. Voor drinkers die worden geïdentificeerd door middel van screening is bibliotherapie minder effectief.

Zelfhulpmaterialen gebaseerd op cognitief-gedragsmatige strategieën zijn effectiever dan materialen die meer algemene informatie en advies bevatten.

Bibliotherapie heeft zowel zonder als met begeleiding effect op minder drinken.

Bibliotherapie is vooral geschikt voor risicodrinkers (*hazardous*) en schadelijke drinkers (*harmful*) zonder alcoholafhankelijkheid.

Zelfhulpmateriaal in combinatie met persoonlijke normatieve feedback geeft een beter resultaat dan één van beide of geen interventie.

Het geven van een zelfhulpboek aan cliënten die zich met primaire alcoholproblemen aandienen bij de hulpverlening, zorgt niet voor een grotere toeleiding naar de hulpverlening. Het leidt wel tot vermindering van drinken ongeacht of cliënten uiteindelijk in behandeling gaan of niet. Bij zwaardere drinkers kan bibliotherapie het zoeken van formele hulp verhogen.

In de eerstelijnsgezondheidszorg zijn korte interventies met een zelfhulpboek voor familieleden van gebruikers kosteneffectiever maar daarom niet aantrekkelijker dan langere face-to-facesessies.

4. Zelfhulpgroepen

4.1. Wat?

> *"Zelfhulpgroepen zijn vrijwillige, meer of minder gestructureerde samenwerkingsverbanden van mensen van wie de activiteiten gericht zijn op het beheersen en overwinnen van aandoeningen en psychische of sociale problemen waardoor ze, persoonlijk of als verwanten, getroffen worden. [...] Zelfhulpgroepen worden niet door professionelen geleid, velen doen echter wel een beroep op professionals voor afgebakende probleemstellingen."* (Gielen, Godemont, Matthijs, & Vandermeulen, 2010, 33)

> *"Zelfhulpgroepen zijn groepen waarvan de deelnemers eenzelfde problematiek delen."* (Stichting Zelfhulp en Verslaving, 2010)

> *"Bij zelfhulp leert de deelnemer om zichzelf te helpen door aan lotgenoten te vertellen over eigen ervaringen, hoogtepunten en tegenslagen."* (Rutten, 2008, 553)

Zelfhulpgroepen bestaan zelden uit meer dan vijftien deelnemers en ze worden begeleid of voorgezeten door lotgenoten (Stichting Zelfhulp en Verslaving, 2010). Er is dus geen professionele begeleiding. In de groep is gelijkwaardigheid belangrijk. Centraal in het groepsproces staat het leren van elkaars ervaringen en onderlinge steun. De deelname aan een groep is vrijwillig en vaak op basis van anonimiteit. Hierdoor zijn zelfhulpgroepen laagdrempelig. De groepen zijn open en een nieuwe deelnemer kan op elk moment beginnen. Deelnemers beslissen zelf wat ze wel en niet vertellen.

Er zijn verschillende redenen om een zelfhulpgroep te bezoeken, bijvoorbeeld: stoppen met gebruik, ondersteuning bij het nuchter blijven (Stichting Zelfhulp en Verslaving, 2010). Naast een behandeling binnen de professionele verslavingszorg is het mogelijk om deel te nemen aan een zelfhulpgroep. Omdat zelfhulpgroepen geen tijdslimiet hebben, kunnen ze een permanente vorm van nazorg bieden. Zelfhulpgroepen sluiten aan bij de toegenomen (wens tot) participatie van cliënten in hun eigen herstel (GGZ Nederland, 2004).

Er is geen standaardprocedure die bepaalt hoe in een zelfhulpgroep te werk moet worden gegaan (Trefpunt Zelfhulp, 2010a). Meestal ontwikkelen zelfhulpgroepen hun eigen methodiek, afhankelijk van het probleem waarrond ze werken en de noden van de deelnemers. Veel zelfhulpgroepen brengen lotgenoten regelmatig samen om te praten. Daarnaast verschaffen zelfhulpgroepen verstaanbare, up-to-date-informatie, ze bieden praktische hulp, ze komen op voor de belangen van hun leden, ze organiseren sociale contacten en helpen mensen uit hun isolement.

Veel zelfhulpgroepen werken volgens het twaalfstappenprogramma (Stichting Zelfhulp en Verslaving, 2010). Andere groepen werken thematisch en leggen per bijeenkomst een thema van de avond vast.

Het twaalfstappenprogramma

Het twaalfstappenmodel is het meest dominante model van zelfhulp. Het programma is ontwikkeld door de Anonieme Alcoholisten (AA), maar wordt ook gebruikt door andere groepen (Stichting Zelfhulp en Verslaving, 2010). De AA-benadering gaat uit van de veronderstelling dat middelenafhankelijkheid een spirituele en medische ziekte is (Ferri, Amato & Davoli, 2009). Leden dienen een eigen concept van een 'hogere macht' te zoeken of te ontwikkelen waardoor ze tot herstel kunnen komen en hun problemen overwinnen (Gielen, Godemont, Matthijs, & Vandermeulen, 2010). Aanvankelijk was God de 'hogere macht' maar tegenwoordig kan dat ook iemand anders zijn.

In de meeste bijeenkomsten van groepen die werken volgens het twaalfstappenprogramma staat per bijeenkomst een stap centraal (Stichting Zelfhulp en Verslaving, 2010). De kern van het programma is dat je als deelnemer eerst je machteloosheid erkent ten aanzien van het eigen dwanggedrag en daarna aan de slag gaat met het zoeken naar je eigen kracht, een kracht die tot herstel kan leiden.

Themabijeenkomsten

In een aantal zelfhulpgroepen wordt het thema van de bijeenkomst per keer door de aanwezigen vastgesteld (Stichting Zelfhulp en Verslaving, 2010).

4.2. Voor wie?

Er zijn zelfhulpgroepen voor gebruikers maar ook voor familieleden en andere personen in de omgeving van gebruikers (Stichting Zelfhulp en Verslaving, 2010). Zelfhulpgroepen richten zich op verslaving aan een bepaald middel (bv. Alcohol of cocaïne), op verslaving ongeacht het middel (alcohol, medicatie en andere drugs) maar ook op ander verslavingsgedrag (bv. gokken, internetgebruik).

Zelfhulpgroepen voor gebruikers

Zelfhulpgroepen voor gebruikers richten zich op iedereen die wil stoppen met middelengebruik (Stichting Zelfhulp en Verslaving, 2010). De deelnemers ondersteunen elkaar bij het loskomen van een verslaving en om nuchter of clean te blijven.

Voorbeelden: Anonieme Alcoholisten (AA), SOS Nuchterheid vzw, SOS zelfhulpgroepen, de lossen babbel, zelfhulpgroep de bongerd Maasmechelen, Narcotics Anonymous - Anonieme Verslaafden (NA), werkgroep tegen gokverslaving vzw, SOS ALMEDRUA vzw, project jongeren Kempen en Antwerpen (Trefpunt Zelfhulp, 2010b).

Zelfhulpgroepen voor familieleden en naasten van gebruikers

In een zelfhulpgroep voor familieleden en naasten van gebruikers ondersteunen de deelnemers elkaar om zich ten opzichte van de verslaafde persoon onafhankelijker op te kunnen stellen (Stichting Zelfhulp en Verslaving, 2010). De groepen richten zich op vermindering van de problemen die ontstaan door de verslaving van een partner, vriend of familielid. Er zijn groepen voor ouders, partners, kinderen, vrienden of familie van een gebruiker.

Voorbeelden: AL-ANON familiegroepen, ALATEENbreekpunt, FIST, NAR-ANON familiegroep Antwerpen, werkgroep tegen gokverslaving vzw, zelfhulpgroepen voor familieleden verbonden aan hulpverleningscentra (Trefpunt Zelfhulp, 2010b).

4.3. Voordelen?

Voor gebruikers die besloten hebben dat alleen abstinentie voor hen de goede weg is, bieden zelfhulpgroepen een beproefd programma om dit te realiseren (GGZ Nederland, 2004). Zelfhulpgroepen vormen een permanent hulpaanbod terwijl de professionele hulp vaak eindig is. Ze bieden dan ook langdurige steun bij het herstel en bij behoud van herstel. Zelfhulpgroepen vormen een nieuw sociaal netwerk voor gebruikers, dat hen helpt om het netwerk waarin verslaving wordt ondersteund, te vermijden. De lotgenoten leren vaardigheden van elkaar en ondersteunen elkaars motivatie om middelengebruik te vermijden.

4.4. Effect?

Het meeste onderzoek naar de effectiviteit van zelfhulpgroepen focust op de AA en in tweede instantie op de *Narcotics Anonymous* (NA) (Humphreys e.a., 2004). De laatste jaren is echter steeds minder sprake van een zuivere 'alcoholproblematiek' (GGZ Nederland, 2003). Bovendien gaan de meeste studies over volwassenen. Het gaat ook voornamelijk om Amerikaans onderzoek. Aangezien de positie van de AA in de verslavingszorg in de Verenigde Staten helemaal anders is, zijn de resultaten zeker niet zomaar te vertalen naar België. De onderzoeken gaan nagenoeg allemaal over deelname aan de AA *na* professionele behandeling. We weten dus niets over het effect van zelfhulpgroepen als eerste of enige hulpvorm.

Wat kan er tot nu toe over het onderzoek geconcludeerd worden is?

- Longitudinale studies associëren deelname aan AA en NA met een grotere waarschijnlijkheid van onthouding, verbeterd sociaal functioneren en een grotere self-efficacy (Humphreys e.a., 2004).
- Over het algemeen wordt een positief verband gezien tussen deelname aan zelfhulpgroepen en positieve effecten, doorgaans abstinentie, na zes maanden. Het effect blijkt ook tot zeker acht jaar behouden te blijven (GGZ Nederland, 2003).
- Het effect van zelfhulpgroepen is groter indien men aan meer bijeenkomsten heeft deelgenomen of intensiever betrokken is bij de AA (GGZ Nederland, 2003; Humphreys e.a., 2004).
- AA levert in combinatie met professionele nazorg de beste resultaten op (GGZ Nederland, 2003; Humphreys e.a., 2004).
- Deelname aan zelfhulpgroepen past in een keten van verandering (GGZ Nederland, 2003). Motivatie wordt in de groep versterkt en er worden vaardigheden aangeleerd om met middelengebruik en problematische situaties om te gaan.
- Zelfhulpgroepen die werken met het twaalfstappenplan verminderen het gebruik van gezondheidszorg en de gezondheidszorgkosten aanzienlijk (Humphreys e.a., 2004).
- AA is kosteneffectiever dan professionele zorg (GGZ Nederland, 2003).

- Men dient zelfhulpgroepen best te bekijken als een vorm van voortdurende zorg in plaats van als een alternatief voor professionele hulpverlening (Humphreys e.a., 2004).
- De AA is zowel effectief voor godsdienstige als niet-godsdienstige cliënten (GGZ Nederland, 2003).
- Dwingende verwijzing naar AA is niet effectief (Raistrick, Heather, & Godfrey, 2006).
- Al-Anon en Alateen zijn effectief in het verstrekken van emotionele steun aan families van de AA-leden (Raistrick, Heather, & Godfrey, 2006).

Zelfhulpgroepen zijn vooral effectief voor cliënten met (GGZ Nederland, 2004):
- een netwerk dat positief tegenover (veel) middelengebruik staat;
- een kwalitatief slecht netwerk;
- ernstiger middelengebruik en polydruggebruik;
- middelengebruik dat gericht is op spanningen kwijtraken;
- weinig vertrouwen om zelf weerstand tegen het drinken te kunnen bieden;
- relatief veel afhankelijkheidssymptomen;
- relatief veel negatieve gevolgen van het gebruik, zowel fysiek als sociaal;
- relatief veel psychopathologie/psychiatrische symptomen.

Hulpverleners geven aan dat zelfhulpgroepen zeer geschikt zijn voor cliënten (GGZ Nederland, 2004):
- met weinig vertrouwen in de professionele hulpverlening;
- met (dreigend) sociaal isolement;
- met behoefte aan steunend contact in tijden van nood;
- met behoefte aan contact met lotgenoten;
- met een lange voorgeschiedenis met veelvuldig terugvallen;
- met ontkenning en vermijding;
- met de wil om te stoppen;
- die geen opname willen.

Comorbiditeit is geen reden om niet naar een zelfhulpgroep te verwijzen (GGZ Nederland, 2004). Alleen bij een zeer ernstige problematiek (psychose, schizofrenie, majeure depressie) zijn zelfhulpgroepen minder geschikt. Al of niet godsdienstig zijn, speelt geen rol.

Een recent gepubliceerde Cochrane meta-analyse vindt geen eenduidige effectiviteit van deelname aan de AA ten aanzien van drinkresultaten (Ferri, Amato & Davoli, 2009). In deze review zijn acht RCT's bekeken waarin de AA of andere 'twaalfstappenprogramma's'[3] worden vergeleken met andere psychologische behandelingen of geen behandeling. In het algemeen lijkt de ernst van de verslaving niet te worden beïnvloed door de interventies van de studies opgenomen in deze review. Twaalfstappeninterventies verbeteren de score op gevolgen van het drinken op dezelfde manier als andere behandelingen. Ook is er geen sluitend bewijs dat de AA meer of minder dan andere interventies helpt om patiënten therapie te doen aanvaarden en patiënten in therapie te houden.

[3] Naast de AA zijn er andere interventies die ook gebaseerd zijn op de twaalfstappenbenadering. Sommige daarvan hebben een spirituele aanpak, andere niet, sommige worden geleid door professionelen andere door ex-gebruikers.

Wanneer andere twaalfstappeninterventies worden vergeleken met terugvalpreventie wordt geen bewijs gevonden dat twaalfstappeninterventies een grotere impact zouden hebben op het aantal patiënten dat in behandeling blijft.

Twaalfstappeninterventies reduceren alcoholconsumptie in dezelfde mate als andere interventies. Het is niet duidelijk of de AA specifiek helpt om drinken te verminderen tijdens de behandeling en tijdens de follow-up in vergelijking met andere interventies.

Hoewel een kleine studie aantoont dat AA betere resultaten op het vlak van abstinentie heeft dan een andere behandeling, is er geen sluitend bewijs dat AA kan helpen om abstinentie te bereiken. Er is echter ook geen bewijs dat het dat niet kan. Er zijn geen studies die de abstinentieresultaten onderzocht hebben van de andere twaalfstappeninterventies. Ferri, Amato & Davoli concluderen dan ook dat geen enkele experimentele studie duidelijk de effectiviteit aantoont van de AA of andere twaalfstappeninterventies in het verminderen van de alcoholafhankelijkheid of alcoholproblemen.

Kaskutas (2009) organiseerde het onderzoek naar de effectiviteit van de AA op grond van zes criteria: (1) de omvang van het effect, (2) dosis-respons effect, (3) consistent effect, (4) nauwkeurige effecten, (5) specifieke effecten en (6) plausibiliteit. De bewijzen voor de criteria 1, 2, 3, 4 en 6 zijn erg sterk. De mate van onthouding is ongeveer twee keer zo hoog onder degenen die deelnemen aan AA (criterium 1). Verder zijn hogere niveaus van deelname gerelateerd aan een hogere mate van onthouding (criterium 2) en worden de relaties gevonden voor verschillende steekproeven en follow-upperiodes (criterium 3). Voorafgaande AA-deelname blijkt ook voorspellend te zijn voor latere onthouding (criterium 4). Ten slotte worden de werkingsmechanismen van de AA ondersteund door theorieën van gedragsverandering (criterium 6). Er worden echter geen strenge experimentele bewijzen gevonden van het specifieke karakter van een effect van de AA of twaalfstappen programma's (criterium 5). Twee studies vinden een positief effect voor AA, een trial vindt een negatief effect voor de AA en een trial vindt een nuleffect.

4.5. Link met professionele zorg

Zelfhulpgroepen zijn complementair aan de reguliere zorg (Gielen, Godemont, Matthijs, & Vandermeulen, 2010). Ze kunnen een plaats hebben voor, na en tijdens professionele behandeling (GGZ Nederland, 2004). Zelfhulpgroepen en professionele nazorg blijken elkaar te versterken (GGZ Nederland, 2003; Magura, 2007).
De deelname aan zelfhulpgroepen stijgt indien cliënten vanuit de verslavingszorg beter voorbereid en voorgelicht worden (GGZ Nederland, 2004).
In het kader van een vraaggerichte zorg is het wenselijk dat voor cliënten van de verslavingszorg het totale hulpaanbod in de samenleving in beeld komt, zodat ze zelf beter keuzes kunnen maken.
Een betere relatie tussen zelfhulpgroepen en professionele zorg is ook van belang voor verwijzingen vanuit de groepen, bijvoorbeeld voor mensen die meer baat hebben bij professionele hulp en/of in een crisis dreigen te komen.

4.6. Conclusie

Een voordeel van zelfhulpgroepen is dat ze permanent hulp bieden terwijl de professionele hulp vaak eindig is.

Er is heel wat onderzoek beschikbaar over de effecten van zelfhulpgroepen maar kanttekeningen daarbij zijn dat:

- het onderzoek focust op de AA en dus op alcohol;
- vooral volwassenen bestudeerd worden;
- de meeste studies Amerikaans zijn en dus niet zomaar te vertalen naar de Belgische situatie;
- de onderzoeken nagenoeg allemaal gaan over deelname aan de AA *na* professionele behandeling. We weten dus niets over het effect van zelfhulpgroepen als eerste of enige hulpvorm.

In een recente Cochrane meta-analyse wordt gesteld dat op dit moment geen enkele experimentele studie duidelijk de effectiviteit aantoont van de AA of andere twaalfstappeninterventies in het verminderen van de alcoholafhankelijkheid of alcoholproblemen.

Eerdere studies suggereren wel een positief verband tussen deelname aan zelfhulpgroepen en abstinentie.

Het effect van zelfhulpgroepen is groter indien men aan meer bijeenkomsten deelneemt, intensiever betrokken is bij de werking en in combinatie met professionele nazorg.

Dwingende verwijzing naar AA is niet effectief.

AA is kosteneffectiever dan professionele zorg.

Zelfhulpgroepen zijn geen alternatief voor professionele hulpverlening maar dienen gezien te worden als een vorm van voortdurende zorg.

De AA is niet enkel effectief voor godsdienstige cliënten.

5. E-mental health

Gezondheidsinterventies via het internet hebben sinds het midden van de jaren negentig, met de ontwikkeling van het world wide web, een hoge vlucht genomen. Dat is niet verwonderlijk want via het internet kan een grote bevolkingsgroep bereikt worden. Ook over het thema alcohol en drugs is er heel wat informatie op het internet te vinden. Het world wide web biedt de mogelijkheid om advies, screening en behandeling voor middelengebruik ruimer toegankelijk te maken.

Volgens Internet World Stats maakt 27% van de wereldbevolking in 2009 gebruik van internet (Internet World Stats, 2010). Het internetgebruik is het hoogst in Noord-Amerika (76%), gevolgd door Oceanië/Australië (61%). Europa komt op de derde plaats met 53% internetgebruikers. In België zijn in juni 2010 8.113.200 internetgebruikers geteld, wat neerkomt op 78% van de bevolking.

In 2008 zocht 24% van de Belgen de afgelopen drie maanden naar gezondheidsinformatie op het internet (Studiedienst van de Vlaamse Regering, 2010). Iets meer vrouwen (26%) dan mannen (23%) deden dat. Gezondheidsinformatie op het internet werd vooral geconsulteerd door 16-24-jarigen (28%) en 25-54-jarigen (29%) en minder door 55-74-jarigen (14%). Vooral hoogopgeleide personen (37%) gebruikten het internet de afgelopen drie maanden voor het opzoeken van gezondheidsinformatie.

5.1. Wat?

Gebruik van informatie- en communicatietechnologie (ICT) en internet om de gezondheid en de gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren wordt ook wel overkoepelend e-health genoemd (Riper e.a., 2007). Gaat het over de geestelijke gezondheidszorg dan spreekt men over e-mental health.

Binnen e-mental health kan de communicatie op verschillende manieren verlopen (Riper e.a., 2007):

- webbased informatie;
- interactieve geautomatiseerde feedback, zoals advies op maat of met een zelfhulpprogramma zonder tussenkomst van een hulpverlener;
- met tussenkomst van een professionele hulpverlener/behandelaar;
- lotgenotencontact ('peer to peer');
- combinatie van bovenstaande mogelijkheden.

De communicatie gebeurt via e-mailuitwisseling, webbased-communicatie, *instant messaging* (chat) en videoconferenties.

Lange, Ruwaard en Schrieken (2009) nemen een indeling van Carlbring en Andersson (2006)[4] over om psychologische interventies via internet in vier categorieën onder te verdelen:

[4] Carlbring, P., & Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in Human Behavior*, *22*, 545-553.

- pure zelfhulp: de gebruiker neemt het zelfhulpmateriaal zelfstandig door zonder contact met een begeleider;
- licht begeleide zelfhulp: een begeleider/behandelaar geeft informatie over de rationale van de interventie en laat zien hoe het zelfhulpmateriaal dient te worden gebruikt;
- minimaal contact therapie: begeleide zelfhulp, met actieve betrokkenheid van de behandelaar maar in mindere mate dan bij traditionele therapieën;
- therapie die vooral door de therapeut wordt gegeven: er is regelmatig contact met de behandelaar in een aantal sessies, vaak in combinatie met zelfhulpmateriaal.

In het overzicht van het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) wordt een drugbehandelingsinterventie op internet gedefinieerd als een specifiek uitgewerkte of aangepaste, gestructureerde en geplande behandelingsinterventie, aangeboden en gecommuniceerd via het world wide web (EMCDDA, 2009).

E-mental health kan een zelfstandige interventie zijn, een interventie ter overbrugging van de wachttijd op een reguliere interventie, een onderdeel van een reguliere interventie of een opstap naar een zwaardere face-to-faceinterventie of e-mental healthinterventie (Riper e.a., 2007).

In Vlaanderen biedt *hoeveelisteveel.be* gebruikers ouder dan 18 jaar de mogelijkheid om hun kennis over alcohol, cannabis, cocaïne, XTC en gokken te testen via een kennistest, maar ook om te weten te komen hoe riskant hun gebruik nu precies is. Daarnaast kunnen gebruikers van cannabis of cocaïne (die ouder dan 18 jaar zijn) die hun gebruik willen minderen of stoppen, op *hoeveelisteveel.be* aan de slag gaan met een online zelfhulpprogramma dat gratis en anoniem is.

Alcoholhulp.be biedt aan gebruikers, ouder dan 18 jaar, informatie en een zelftest over alcoholgebruik, een zelfhulpmodule en internetbegeleiding voor mensen die willen minderen of (tijdelijk) stoppen met alcohol. Zowel de zelfhulpmodule als de internetbegeleiding zijn gratis en anoniem.

Cannabishulp.be biedt gelijkaardige modules aan in verband met cannabisgebruik. Voor de zelftest en online zelfhulp verwijst deze website naar de programma's op *hoeveelisteveel.be*.

5.2. Voordelen

In Nederland blijkt uit onderzoek dat e-mental health duidelijk aan twee belangrijke behoeften voldoet: enerzijds de wens om anoniem te blijven als hulp gezocht wordt en anderzijds de behoefte om de behandeling zelf vorm te kunnen geven (Van 't Land e.a., 2008).

Anonimiteit maakt e-mental health zeer laagdrempelig (Van 't Land e.a., 2008). Mensen kunnen hun problemen voor hun omgeving geheim houden. Persoonlijke problemen hoeven niet langer met een vreemde besproken te worden, maar worden aan de computer toevertrouwd. Cliënten zullen diepe en persoonlijke onderwerpen sneller online bespreken dan face to face (Postel e.a. 2009). Nochtans is de cliënt niet volledig anoniem,

aangezien de inloggegevens en het IP-adres bekend zijn, maar toch ervaren de cliënten op het internet een sterk gevoel van anonimiteit.

Bij e-mental health kan de cliënt de interventie **thuis en op eigen tempo** volgen (Van 't Land e.a., 2008; Postel, De Haan & De Jong, 2010). Bovendien is het aanbod 24 uur per dag beschikbaar. De mogelijkheid om de dag en het tijdstip waarop hulp wordt gezocht zelf te bepalen, snel te kunnen starten, de mogelijkheid om vanuit thuis hulp te krijgen en de besparing van tijd en moeite om zich naar een therapeut te verplaatsen, zijn dan ook belangrijke voordelen van online interventies. Iedereen kan deelnemen en het programma is in feite op elk moment weer op te pakken (Kerssemakers, 2001).

Voor bepaalde groepen is de stap naar de reguliere hulpverlening groot en kan e-mental health de **drempel verlagen** (Van 't Land e.a., 2008; Vernon, 2010). Het gaat om:
- mensen met schaamtegevoelens;
- mensen met angst voor stigmatisering of privacyschending;
- mensen met vooroordelen over therapeuten;
- mensen die niet met een therapeut/hulpverlener over persoonlijke problemen willen praten;
- mensen met mobiliteitsproblemen;
- mensen die in afgelegen gebieden wonen of in gebieden waar weinig of geen voorzieningen zijn;
- mensen met lichamelijke beperkingen, zoals doven en slechthorenden;
- mensen met weinig vrije tijd;
- minder sociaal vaardige personen die niet zo gemakkelijk hun probleem aan een therapeut of een groep vertellen;
- personen met psychiatrische problemen waarbij hulp zoeken moeilijk kan zijn.

Uit de registratiegegevens van bestaande e-mental healthinterventies blijkt dat via internet een **andere doelgroep** wordt bereikt dan via de reguliere hulpverlening met name vrouwen, werkenden, hoger opgeleiden, ouderen en mensen die nog niet in behandeling zijn geweest (Postel, De Jong & De Haan, 2005; Van 't Land e.a., 2008). Verwacht wordt dat e-mental health in de toekomst belangrijker zal worden om jongeren te bereiken (Van 't Land e.a., 2008). Zij doen immers niet zo gemakkelijk zelf beroep op de traditionele hulpverlening.

5.3. Nadelen

Een belangrijk nadeel van e-mental health is de **uitval**, namelijk het voortijdige beëindigen van de online interventie (Van 't Land e.a., 2008). De uitval van online interventies is hoger is dan bij face-to-facetherapie. Daarbij kunnen verschillende factoren een rol spelen. Ten eerste kunnen de problemen van de cliënt bijvoorbeeld te ernstig zijn voor een zelfhulpinterventie (zonder begeleiding). Ten tweede kan de cliënt last hebben van een andere stoornis dan waarvoor hij/zij behandeld wordt. Ten derde kan een geautomatiseerde e-mental healthinterventie (zonder begeleiding) niet alle mogelijke vragen die de gebruiker heeft, beantwoorden. Ten vierde impliceert de laagdrempeligheid van het e-

mental healthaanbod dat het vrijblijvender is dan het reguliere aanbod. Gebruikers moeten de nodige zelfstandigheid en zelfdiscipline hebben om de interventie af te maken.

Een beperking van specifieke drugbehandelingsinterventies via het internet is dat **co-morbiditeit** niet behandeld wordt (EMCDDA, 2009). De behandeling van andere verslavingen of andere geestelijke gezondheidsproblemen ligt in feite buiten de werkingssfeer van een specifieke en beperkte online drugbehandelingsinterventie.
Verder kunnen bepaalde behandelingsvormen niet via het internet verleend worden, denk maar aan substitutiebehandeling voor afhankelijkheid van opiaten of detoxificatie. Internetprogramma's zijn dan ook minder geschikt voor gebruikers die al langer gebruiken.
Online communicatie is niet hetzelfde dan persoonlijke communicatie in een therapeutische setting. Het ontbreken van persoonlijk contact kan de bestaande problemen verhogen wanneer bv. potentieel sociaal geïsoleerde mensen deelnemen aan anonieme online diensten zonder verbetering van hun sociale situatie.
Daarnaast kan het moeilijk zijn voor de deelnemers om de betrouwbaarheid van internetbehandeling vast te stellen.
Mensen met een gebrek aan computervaardigheden worden uitgesloten van online interventies.
Ten slotte impliceren online interventies dat men regelmatig, bij voorkeur in een private omgeving, toegang heeft tot internet.

Binnen e-mental health maken we verder een onderscheid tussen:
- online zelftests, online screening, online advies op maat, bv. hoeveelisteveel.be, alcoholhulp.be;
- computer en online zelfhulp, bv. hoeveelisteveel.be – zelfhulp cannabis, hoeveelisteveel.be – zelfhulp cocaïne, alcoholhulp.be;
- online behandeling, online begeleiding, e-therapie, bv. alcoholhulp.be, cannabishulp.be.

5.4. Online zelftest / screening / advies op maat

Internetinterventies bevatten meestal een **screeningsinstrument** waarmee de deelnemers hun eigen gebruik kunnen evalueren (Cunningham, 2009). Deze screeningsinstrumenten zijn idealiter gebaseerd op een gevalideerde schaal waaruit deelnemers de ernst van hun gebruik kunnen afleiden. Ze zijn doorgaans kort en gratis beschikbaar.

Bij sommige screeningsinstrumenten wordt persoonlijke feedback gegeven over het middelengebruik. Soms gebeurt dat onder de vorm van normatieve feedback waarbij het eigen gebruik wordt vergeleken met het bevolkingsgemiddelde of een standaard.

De online zelftest kan op zichzelf staan zoals de online zelftests over gebruik van speed, XTC, slaap- en kalmeringsmiddelen, internet en gokken op hoeveelisteveel.be. Deze site biedt eveneens online zelfhulp aan, zij het enkel voor cannabis en cocaïne. Op alcoholhulp.be en cannabishulp.be worden zelftests en online zelfhulp en online begeleiding aangeboden.

5.4.1 Effect?

Van de Nederlandse geautomatiseerde online **advies-op-maat**interventie van het NIGZ *drinktest.nl* werd, voordat de interventie online ging, een effectstudie uitgevoerd bij tweehonderd overmatige drinkers (Huiberts en Boon, 2003). In de studie kreeg de experimentele groep het alcoholadvies-op-maat digitaal aangeboden. De controlegroep kreeg een gedigitaliseerde brochure met algemene publieksinformatie over alcohol. Bij een follow-up na negen maanden bleek dat 80% van de experimentele groep het alcoholadvies-op-maat (gedeeltelijk) had gelezen terwijl in de controlegroep 50% de brochure (gedeeltelijk) had gelezen. Meer personen in de experimentele groep dan in de controlegroep waren bezig hun alcoholgebruik te minderen (30% versus 18%). Het alcoholgebruik in gemiddeld aantal glazen per week was sterker gedaald in de experimentele groep dan in de controlegroep. Het effect op risicostatus, namelijk meer drinken dan de gangbare richtlijn voor verantwoord alcoholgebruik, werd enkel gevonden voor vrouwen (Meijer e.a., 2006). Bij vrouwen nam de risicostatus significant af na de interventie.

Uit een meta-analyse van veertien interventiestudies blijkt dat eenmalig, individueel advies op maat, zonder professionele begeleiding een effectieve interventie is voor het verminderen van riskant alcoholgebruik bij jonge en volwassen probleemdrinkers (Riper e.a., 2009b). Advies op maat zonder therapeutische begeleiding is kosteneffectief, gezien de minimale tijds- en financiële investering, om het toch op grote schaal beschikbaar te maken (Riper e.a., 2009b).

De potentiële kosteneffectiviteit, de aantrekkelijkheid van advies-op-maat voor de gebruikers en het verspreidingspotentieel worden aanzienlijk uitgebreid door gebruik te maken van het internet (Riper e.a., 2009b). Korte online advies-op-maatinterventies lijken gemakkelijker aanvaard door zowel jonge als volwassen risicovolle drinkers. De constante beschikbaarheid maken deze online interventies handig.

Vanuit een volksgezondheidsbenadering lijkt het voor Riper e.a. (2009b) daarom aangewezen om advies op maat te integreren in de eerste fase van een model van getrapte zorg voor probleemdrinkers. Gezien het hoge percentage probleemdrinkers die er voordeel uit kunnen halen, kan dit belangrijke gevolgen hebben voor de volksgezondheid.

Het gebruik van computers in alcoholeducatie en -begeleiding is ook voor studenten aantrekkelijk. In een meta-analyse vergeleken Carey e.a. (2009) de effecten van 43 interventies via de computer. De meeste interventies waren gericht op een risicogroep. De typische interventie is een eenmalige geautomatiseerde taak geleverd via het internet, intranet of cd-rom/dvd en duurt ongeveer twintig minuten. De interventies bevatten meestal feedback over het eigen gebruik, normatieve vergelijkingen, alcoholeducatie en op maat gemaakte materialen. Ten opzichte van de aanvangsmeting was er bij de studenten die deelnamen aan een interventie via de computer een daling merkbaar op alle maten van alcoholgebruik en alcoholgerelateerde problemen bij de follow-up op korte termijn (≤ vijf weken). Dit wil zeggen dat er een verbetering was op hoeveelheid en frequentie van drinken en alcoholgerelateerde problemen. Op lange termijn (≥ zes weken) was er enkel een dalend effect op de hoeveelheid geconsumeerde alcohol, maximumhoeveelheid en de frequentie van zwaar drinken.

Interventies via de computer voor studenten zijn zeker te verkiezen boven geen interventie. Deze studie bleek ook een gelijkwaardig effect te hebben als alternatieve alcoholgerelateerde interventies, zoals een folder of een kort motivationeel gesprek.

Van de Vlaamse online zelftests zijn nog geen effectstudies uitgevoerd. De alcoholtest op *alcoholhulp.be* werd in 2009 11.783 keer door bezoekers uitgevoerd (CAD Limburg, 2010).
Het totale aanbod zelftests van *hoeveelisteveel.be* werd in 2009 gemiddeld honderd keer per dag bezocht (De DrugLijn, 2010). De grootste interesse is er voor de kennistesten en de zelftesten over alcohol en cannabis. Tabel 1 geeft de top tien van meest afgelegde tests.

Tabel 1 Meest afgelegde tests op *hoeveelisteveel.be*

Type test	Aantal keren afgelegd
Zelftest alcohol	13.929
Zelftest cannabis	11.138
Makkelijke kennistest cannabis	7.549
Moeilijke kennistest cannabis	6.465
Zelftest internet	4.628
Zelftest cocaïne	3.497
Kennistest alcohol	2.631
Zelftest speed	1.509
Zelftest gokken	1.442
Zelftest XTC	1.154

Bron: De DrugLijn, 2010

5.5. Computer en online zelfhulp

Een hedendaags alternatief voor zelfhulphandleidingen of zelfhulpboeken zijn de computer- of internetprogramma's voor thuisgebruik. Via het internet of een computerprogramma doorloopt de cliënt zelf anoniem een geautomatiseerd stappenprogramma waarvan hij zelf de doelen kan bepalen (bv. gewoontes veranderen, minderen van gebruik, stoppen met gebruik). Het programma met oefeningen en opdrachten duurt doorgaans vier tot twaalf weken en op het einde wordt bekeken of de doelen behaald zijn.

5.5.1 Voor- en nadelen

Er wordt vastgesteld dat online zelfhulp van probleemdrinkers een **groep bereikt die niet via de reguliere hulpverlening wordt bereikt**, onder andere vrouwen en hoger opgeleiden (Blankers e.a., 2007). Zelfhulp via het internet zonder therapeutische begeleiding kan volgens Riper e.a. (2008a) dan ook een bijzondere aantrekkingskracht hebben voor probleemdrinkers met een grotere angst voor stigmatisering, met inbegrip van vrouwen of hoger opgeleide bevolkingssegmenten die anders moeilijk te bereiken zijn met korte face-to-faceinterventies. De niet-stigmatiserende aanpak van probleemdrinken in de online zelfhulp en het ontbreken van een behoefte om samen te werken met een

therapeut kunnen deel uitmaken van de aantrekkelijkheid van deze interventies bij deze groepen.

In de studie van Riper e.a. (2008b) van de interventie *minderdrinken.nl*[5] komen vrouwen in gelijke mate voor als mannen. Dit staat in contrast met de man-vrouwverhouding van probleemdrinkers in de Nederlandse bevolking die op 4-1 wordt geschat. Internetinterventies blijken dus zeer geschikt om volwassen vrouwelijke probleemdrinkers uit de algemene bevolking aan te trekken.

Een ander voordeel van online zelfhulp zonder begeleiding is dat de kosten laag liggen (Postel e.a., 2009).

Een moeilijkheid bij online zelfhulp is de **drop-out**, die minstens evenveel voorkomt als in de reguliere hulpverlening (Blankers e.a., 2007). Deelnemers vinden het vaak moeilijk om gemotiveerd te blijven zonder persoonlijke feedback.

5.5.2 Effect?

Niet alleen worden met online zelfhulp meer vrouwen en hoger opgeleiden bereikt, Riper e.a. (2008a) vonden dat vrouwen en hoger opgeleiden een beter resultaat behalen na de interventie *minderdrinken.nl*. De onderzoekers hadden verwacht eenzelfde positief resultaat te vinden voor personen met een hogere internetcompetentie, personen met een beperkte mate van probleemdrinken, personen die reeds voorafgaande professionele hulp voor probleemdrinken hadden gezocht en personen die een hoge verwachting hadden over de positieve resultaten van een online interventie, maar dit werd door het onderzoek niet bevestigd.

Riper e.a. (2008b) vonden dat de interventie *minderdrinken.nl* effectief is in het verminderen van probleemdrinken in de algemene bevolking. Zij voerden in Nederland in de periode 2003-2004 een pragmatische gerandomiseerde trial uit met twee parallelle groepen. Uit de algemene bevolking werden 261 volwassen (18-65-jarigen) probleemdrinkers geselecteerd met een wekelijks alcoholgebruik boven 210 g ethanol voor mannen (21 eenheden) of 140 g voor vrouwen (14 eenheden) (excessief drinken). Ook mannen en vrouwen die in de afgelopen drie maanden minstens één dag per week zes of meer eenheden dronken (*hazardous* drinken) werden in de studie opgenomen. Deelnemers werden ad random toegewezen aan de experimentele conditie (*minder drinken.nl*) of een controleconditie. De controleconditie bestond erin dat men toegang kreeg tot een online psycho-educatieve brochure over gebruik van alcohol.

Ondanks de gedaalde alcoholconsumptie in zowel de experimentele als de controlegroep, was het effect significant sterker in de experimentele conditie. Bij de follow-up na zes maanden, had 17,2% van de interventiegroep hun drankgebruik met succes verminderd

[5] *Minderdrinken.nl* is een multi-component, interactieve zelfhulpinterventie voor probleemdrinkers die op het internet wordt aangeboden. Het bestaat uit een zelfhulpprogramma en een deelnemersforum. De doelgroep bestaat uit volwassen probleemdrinkers die zelfstandig willen minderen of stoppen met drinken zonder tussenkomst van een hulpverlener. De aanbevolen behandeling bedraagt zes weken. De interventie is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en zelfbeheersingprincipes.

binnen de indicatieve normen; in de controlegroep was dit 5,4%. In de interventiegroep verminderde het gemiddelde wekelijkse alcoholgebruik beduidend meer dan in de controlegroep, met een verschil van 12,0 standaardeenheden.

Dit betekent dat de hypothese van dit onderzoek bevestigd wordt, namelijk dat een online zelfhulpinterventie zonder therapeutische begeleiding doeltreffender is dan een online psycho-educatieve brochure bij het terugdringen van alcoholgebruik onder het niveau van de normatieve grenzen van de Nederlandse richtlijn voor laag-risico drinken, en dat het ook een groter positief effect heeft in termen van verminderde wekelijkse alcoholconsumptie.

De interventie *minderdrinken.nl* levert duidelijk gezondheidswinst en kostenbesparingen op (Riper e.a., 2007). Ze leidt tot een significante afname van de weekconsumptie en zorgt ervoor dat mensen zich significant vaker houden aan de richtlijn voor verantwoord drinken tot een jaar na de start van de interventie.

Of de resultaten van deze trial standhouden als de interventie ter beschikking wordt gesteld aan het grote publiek, gingen Riper e.a. (2009a) na via een pretest-posttest bij 378 van de 1.625 mensen die de *minderdrinken.nl*-interventie gebruikten in de periode mei tot november 2007. Bijna alle deelnemers aan de studie (95,2%) overschreden een of meer criteria voor probleemdrinken bij aanvang van de studie. De gemiddelde wekelijkse inname van alcohol was 40,9 eenheden. De meerderheid ervoer alcohol gerelateerde problemen (93,1%) en kreeg nog nooit professionele hulp voor hun probleemdrinken (83,6%). Dit suggereert dat deze interventie succesvol is in het bereiken van groepen van probleemdrinkers die niet bereikt worden door andere gezondheidsdiensten voor hun problematisch alcoholgebruik. Meer dan een derde (39,2%) had probleemdrinken door de ouders meegemaakt. Zes maanden na de *baseline*meting, dronk 18,8% van de deelnemers met succes binnen de richtlijnen, vergeleken met 4,8% op baselineniveau. De deelnemers reduceerden hun gemiddelde inname van alcohol met 7,4 eenheden per week. Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen de resultaten van deze deelnemers en de deelnemers aan de RCT-studie. Dit betekent dat de gerandomiseerde, gecontroleerde trial een hoge externe validiteit heeft en dat *minderdrinken.nl* effectief kan worden gebruikt om volwassen probleemdrinkers in de algemene bevolking te helpen.

In Nederland is de zelfhulpmodule voor alcoholgebruik van Jellinek geëvalueerd op basis van de gegevens in de databank en aan de hand van vragenlijsten ingevuld door de deelnemers (Blankers, e.a., 2007). Ook hier leidt het volgen van de module tot een daling van het alcoholgebruik. Van de personen waarover informatie over hun alcoholgebruik werd verzameld, is het alcoholgebruik van gemiddeld 6,7 glazen per dag naar gemiddeld 5 glazen per dag verminderd. 12% is gestopt met drinken. 28% van de respondenten die overmatig dronken, dronken tijdens de nameting verantwoord volgens de norm van de wereldgezondheidsorganisatie (maximum 14/21 glazen per week).

Ongeveer 65% van de personen die tussen september 2003 en juli 2005 inlogden in de zelfhulpmodule van Jellinek, keerde niet meer terug. 30% bezocht nog één keer de zelfhulpmodule maar maakte ze niet af en 5% maakte de zelfhulpmodule wel af. 290 deelnemers aan de zelfhulpmodule hebben een evaluatievragenlijst ingevuld. 45% beoor-

deelde het eigen alcoholgebruik als riskant. De zelfhulpmodule was voor 21% de eerste interventie ten aanzien van het alcoholgebruik, 18% was al behandeld geweest door een verslavingszorginstelling en 39% had al een andere interventie achter de rug (AA, psycholoog,…). Anonimiteit en flexibiliteit zijn de voornaamste redenen om voor een internetmodule te kiezen. De zelfhulpmodule wordt voor 40% buiten de kantooruren en voor 27% in het weekend bezocht. 44% van de respondenten mist interactie en zou liever directe en persoonlijke feedback krijgen op het eigen gebruik of een mail ontvangen na een periode van inactiviteit. 10% mist interactie met lotgenoten.

De meta-analyse van 42 studies van Rooke e.a. (2010) toont aan dat via de computer geleverde behandelingen voor alcohol- en tabaksgebruik een significant effect hebben, en bovendien een kosteneffectief en zeer toegankelijk middel zijn voor de behandeling van middelengebruik en daarmee samenhangende problemen. De kenmerken van de specifieke behandeling lijken de effectiviteit van de interventies niet te beïnvloeden. Er werden geen significante verschillen gevonden in functie van locatie van behandeling, het geven van normatieve feedback, beschikbaarheid van een discussiefunctie, integratie van entertainmentfuncties, nadruk op terugvalpreventie of aantal behandelsessies. Ook de mate van betrokkenheid van een therapeut had geen impact op het resultaat van de behandeling. Daaruit wordt dan ook besloten dat interventies met minimaal contact en minder sessies die van thuis uit kunnen worden geraadpleegd even effectief zijn als dure, arbeidsintensieve interventies.

De studie van Rooke e.a. (2010) vond bovendien een groter effect van offline computerprogramma's in vergelijking met web-basedprogramma's. Een mogelijke verklaring is dat offline programma's een grotere toewijding van de deelnemers vragen. Het kost immers meer inspanning om het programma er echt bij te nemen dan om een online programma te gebruiken naast andere online activiteiten. Dit werd in de meta-analyse echter niet verder onderzocht.

De online zelfhulp die in Vlaanderen wordt aangeboden, is nog niet op effectiviteit geëvalueerd. In totaal namen in 2009 675 mensen deel aan het zelfhulpprogramma op *alcoholhulp.be*, waaronder 48% vrouwen (CAD Limburg, 2010). De meeste personen die het programma doorlopen, zijn tussen 45 en 55 jaar (33%) of tussen 35 en 44 jaar (27%).

Op *hoeveelisteveel.be* melden zich maandelijks gemiddeld 66 nieuwe cannabisgebruikers aan in het zelfhulpprogramma cannabis (De DrugLijn, 2010). Van de lancering in maart tot het eind van 2009 werd in totaal 1.249 keer ingelogd in het zelfhulpprogramma. De personen die van de zelfhulpmodule gebruikmaken, zijn overwegend mannelijk (78% mannen, 21% vrouwen, 1% onbekend) en hebben een gemiddelde leeftijd van net geen 27 jaar.

5.6. Online behandeling / begeleiding / e-therapie

Online behandeling gaat een stap verder dan online zelfhulp door de interactie met een hulpverlener. Er wordt online ondersteuning gegeven bij het zelfstandig veranderen van het gebruikspatroon (minderen of stoppen). De hulpverlening blijft anoniem en de ge-

bruiker bepaalt zelf de doelen. Een online begeleidingsprogramma duurt ongeveer tien tot twaalf weken.

5.6.1 Voor- en nadelen

In Nederland werden de kenmerken vergeleken van cliënten die omwille van alcoholproblemen een beroep deden op internethulp en face-to-facehulp (Postel, De Jong & De Haan, 2005). De internethulp bereikt meer vrouwen, hoger opgeleiden, werkenden en ouderen. Internet biedt dus mogelijkheden om een andere groep van cliënten met alcoholproblemen aan te trekken.

Ook bij *alcoholdebaas.nl*[6], een online behandelingsprogramma van Tactus verslavingszorg in Nederland, telt men onder de online cliënten meer vrouwen, werkenden en hoger opgeleiden dan in de reguliere hulpverlening (Westendorp, 2006). Opvallend is ook dat een groot deel van de cliënten die een beroep doet op *alcoholdebaas.nl* nog niet eerder in behandeling is geweest voor zijn alcoholprobleem (74%) (Postel e.a., 2009). Van 903 deelnemers aan deze internetbehandeling waarover gegevens zijn verzameld, heeft 36% de behandeling volledig afgerond. 5% heeft een deel van de internetbehandeling gevolgd en eveneens 5% is doorgestroomd naar andere vormen van hulp, veelal face-to-facebehandeling. Vergeleken met de drop-outcijfers van de Jellinek-zelfhulpmodules (Blankers, e.a., 2007) ligt het drop-outpercentage lager bij internetbehandeling. Volgens Postel e.a. (2009a) is dat te verwachten omdat internetbehandeling intensiever is en er regelmatig contact is met een hulpverlener.

Het voordeel van de grotere toegankelijkheid van internet is tegelijkertijd een nadeel aangezien dat tevens voor een lage drempel zorgt om te stoppen met de internetbehandeling (Postel, De Haan en De Jong, 2010). De uitval is hoog.

5.6.2 Effect?

Uit de Nederlandse programmeringsstudie E-mental Health (Riper e.a., 2007) blijkt dat de effecten van online interventies met therapeutisch contact groter zijn dan de effecten van online zelfhulp.

Het doel van internetbehandeling is het alcoholgebruik te verminderen en de klachten te doen afnemen. Op basis van gegevens van 301 deelnemers aan *alcoholdebaas.nl* is dat onderzocht (Postel e.a., 2009). Bij de deelnemers aan dit programma wordt een significante afname van de wekelijkse alcoholconsumptie vastgesteld tussen de voor- en nameting. Het gemiddeld aantal gedronken standaardglazen per week daalt van 36,7 bij aanvang tot 11,4 standaardglazen na afloop van de behandeling.

Zes maanden na de afronding van de behandeling blijkt dat de wekelijkse alcoholconsumptie van de vrouwelijke deelnemers weer licht is gestegen ten opzichte van de nameting. Bij aanvang dronken vrouwen gemiddeld 35,7 standaardglazen per week, bij afron-

[6] *Alcoholdebaas.nl* is een kortdurende internetbehandeling die aangeboden wordt via Tactus, een instelling voor Verslavingszorg in Nederland. Het is op dezelfde principes gebaseerd als de zelfhulpsite *minderdrinken.nl*. Het programma wordt echter niet zelfstandig door deelnemers uitgevoerd maar onder begeleiding van een hulpverlener.

ding gemiddeld zes glazen en een half jaar na afronding 13,5 glazen. Bij de mannen houdt de afname in alcoholgebruik ook een half jaar na afronding van de internetbehandeling stand. Mannen dronken bij aanvang gemiddeld 51,6 standaardglazen per week, na afronding 14,1 glazen en een half jaar na afronding nog 13,4 glazen. Uit de resultaten van dit onderzoek bleek ook dat bij de nameting tien van de twaalf alcoholgerelateerde klachten significant waren afgenomen, namelijk depressieve klachten, transpireren, geheugenproblemen, trillen, hartkloppingen, vermoeidheid, diarree en maagklachten.
De deelnemers aan *alcoholdebaas.nl* beoordelen het contact met de behandelaar als prettig, veilig en persoonlijk (Postel e.a., 2009). Vooral het persoonlijk element en de feedback van de hulpverlener worden erg gewaardeerd. Cliënten vinden ook de registratie in het alcoholschrift zeer waardevol. 94% van de deelnemers vindt internetbehandeling effectief. Ze stellen dat ze na de behandeling beter overweg kunnen met risicosituaties, dat ze risicogedachten beter om kunnen zetten in helpende gedachten en dat ze meer controle hebben over hun gebruik. Waarover de deelnemers niet zo positief zijn, is de abrupte afsluiting van het programma. Daar willen ze beter op voorbereid worden.

Postel, De Haan en De Jong (2010) analyseerden data van 527 patiënten die tussen maart 2005 en maart 2006 het online behandelingsprogramma met therapeutisch contact *alcoholdebaas.nl* startten. Van de 527 cliënten die zich aandienden, startten 263 met het tweede deel van de online hulp en 173 maakten de behandeling af. De meeste (98%) van de 527 patiënten die deelnamen aan de studie zijn probleemdrinkers (CAGE score ≥ 2). 86% werkt, 54% heeft een universitair opleidingsniveau en 76% is nooit behandeld voor alcoholproblemen. De gemiddelde leeftijd is 45,5 jaar. Mannen (51%) en vrouwen (49%) zijn gelijk vertegenwoordigd.

In deze studie werden de kenmerken vergeleken van de cliënten die na het eerste deel van de internetbehandeling stopten en zij die doorgingen met het tweede deel. Wekelijks alcoholgebruik (in standaardeenheden per week) was hoger voor mensen die na deel één eindigden (M=49,2) in vergelijking met personen die doorgingen met deel twee van de behandeling (M=42,1). De groep die verder ging met deel twee van de behandeling gebruikte minder vaak drugs, was vaker tewerkgesteld en was gemiddeld ouder vergeleken met de groep die na het eerste deel was gestopt.

Tevens werden de kenmerken vergeleken van degenen die het tweede deel van de behandeling afmaakten en degenen die daar vroegtijdig mee stopten. Wekelijks alcoholgebruik (in standaardeenheden per week) is hoger voor mensen die de behandeling voortijdig stopten (M=47,4) in vergelijking met de anderen (M=39,3). Deze verschillen suggereren dat het programma misschien onvoldoende werkzaam of krachtig is voor personen met ernstigere alcoholproblemen. Dat ook patiënten die drugs gebruikten uitvielen, kan erop wijzen dat het programma niet geschikt is voor cliënten die naast alcohol ook drugs gebruiken.

Verder is de gemiddelde totale score op de *The Readiness to Change Questionnaire* (RCQ) en op de *Treatment Readiness* subschaal van de *Motivation for Treatment scale* (MfT) hoger voor de cliënten die de behandeling volledig doorliepen in vergelijking met degenen die ze vroegtijdig beëindigden. Dit wijst erop dat patiënten die zich al meer bewust zijn van hun probleem en klaar zijn voor verandering voordat ze aan het programma beginnen, ook het meest profiteren van de behandeling.

In het algemeen zorgt *alcoholdebaas.nl* voor een significante daling van het wekelijks alcoholgebruik bij diegenen die de behandeling voltooiden: het gemiddelde wekelijkse alcoholgebruik daalt van 38,8 eenheden per week tot 14,2 eenheden bij de nameting. Ook bij de opvolging na zes weken en na zes maanden bleef de daling in gemiddeld wekelijks alcoholgebruik gehandhaafd.

Patiënten die de internettherapie op *alcoholdebaas.nl* afrondden, geven aan dat zij zeer tevreden waren met het behandelingsprogramma en het contact met de therapeut. Ze evalueerden het online behandelingsprogramma en het contact met de therapeut als zeer persoonlijk, aangenaam en veilig. Patiënten zeggen meer inzicht te hebben in hun eigen risicogevoelens, gedachten en situaties, evenals in voor- en nadelen van hun eigen alcoholgebruik. Bovendien vindt de helft van de patiënten het persoonlijk contact met de therapeut het meest waardevolle deel van het online behandelingsprogramma.

De online begeleiding die in Vlaanderen wordt aangeboden is evenmin geëvalueerd op effectiviteit. In totaal kreeg *alcoholhulp.be* in 2009 314 aanmeldingen voor begeleiding (CAD Limburg, 2010). Een aantal van deze personen haakten onmiddellijk af, zonder dat enig contact met een hulpverlener had plaatsgevonden. Bij een aantal anderen werd deelname afgeraden wegens de ernst van hun problematiek.

In totaal namen 245 personen effectief deel aan de begeleiding. 198 beëindigden het programma ook in 2009. Onder de deelnemers waren 46% vrouwen.

5.7. Conclusie

E-mental health heeft twee grote voordelen. Enerzijds heeft de gebruiker het gevoel anoniem te zijn. Anderzijds kan de interventie thuis op het eigen tempo gevolgd worden en is ze 24 uur per dag beschikbaar.
De drempel naar e-mental health is laag en zo worden ook groepen bereikt waarvoor de stap naar de reguliere hulpverlening te groot is, bv. mensen met schaamtegevoelens, mensen met angst voor stigmatisering of privacyschending, mensen met vooroordelen over therapeuten, mensen met mobiliteitsproblemen, mensen met weinig vrije tijd, mensen met lichamelijke beperkingen.

Het internet lijkt ook een andere doelgroep aan te spreken dan de reguliere hulpverlening met name vrouwen, werkenden, hoger opgeleiden, ouderen en mensen die nog niet in behandeling zijn geweest.

Een belangrijk nadeel is dat de uitval van online interventies hoger is dan bij face-to-facetherapie. Verder kan in een online interventie moeilijk rekening gehouden worden met comorbiditeit. Online communicatie is uiteraard nooit hetzelfde als persoonlijke face-to-facecommunicatie. Ten slotte worden met e-interventies enkel personen bereikt die toegang hebben tot internet en die over de nodige computervaardigheden beschikken.

De evidentie over de effecten van e-mental health zijn bijna uitsluitend gebaseerd op interventies voor alcohol en tabak en niet voor illegale drugs. De studies naar de effecten zijn ook allemaal zeer recent aangezien de toepassingen pas de laatste tien jaar opdo-

ken. De eerste resultaten zijn veelbelovend maar er is toch meer onderzoek nodig ondermeer over de doelgroepen waarvoor online interventies het meest geschikt zijn. Over de effectiviteit van e-mental health voor jongeren is bijvoorbeeld nog weinig geweten en er is nog onvoldoende bekend over de (grote) groep uitvallers.

Online zelftest / screening / advies op maat

Eenmalig, individueel advies op maat, zonder professionele begeleiding is een effectieve interventie voor het verminderen van riskant alcoholgebruik bij jonge en volwassen probleemdrinkers. Door gebruik te maken van het internet kan de kosteneffectiviteit, de aantrekkelijkheid van advies op maat en het verspreidingspotentieel nog aanzienlijk uitgebreid worden.

De effectstudie van *drinktest.nl* laat zien dat het alcoholgebruik van personen die de interventie doorlopen, daalt. Het effect is groter bij vrouwen.

Computer en online zelfhulp

Online zelfhulp blijkt, vergeleken met de reguliere hulpverlening, meer vrouwen en hoger opgeleiden aan te trekken. Bij een evaluatie van *minder drinken.nl* blijken vrouwen en hoger opgeleiden tevens een beter resultaat te halen. Ook blijkt *minder drinken.nl* vooral personen aan te trekken die nog nooit hulp hebben gezocht voor hun probleemdrinken.

In het effectonderzoek van *minderdrinken.nl* wordt vastgesteld dat personen die deelnemen aan de interventie na een jaar minder riskant drinken dan de controlegroep die een digitale psycho-educatieve brochure krijgt. De interventie levert duidelijk gezondheidswinst en kostenbesparingen op.

Een moeilijkheid bij online hulp blijft de uitval die minstens evenveel voorkomt als in de reguliere hulpverlening.

Een meta-analyse van studies over behandelingen voor alcohol- en tabaksgebruik via de computer vindt een groter effect van offline computerprogramma's in vergelijking met online programma's.

Online behandeling / begeleiding / e-therapie

Online behandeling waarbij er wel interactie is met een hulpverlener, bereikt eveneens meer vrouwen, hoger opgeleiden, werkenden en ouderen in vergelijking met de reguliere hulpverlening. Uit een evaluatie van *alcoholdebaas.nl* blijkt dat een grote groep van cliënten nog niet eerder in behandeling is geweest voor hun alcoholprobleem. De uitval is hoog, maar lager dan bij de zelfhulpmodules wat kan verklaard worden door het intensievere contact.

Uit een evaluatie van *alcoholdebaas.nl* blijkt dat het programma voor een significante daling van het wekelijkse alcoholgebruik zorgt bij diegenen die de behandeling voltooien. Ook bij de opvolging na zes weken en na zes maanden blijft de daling in gemiddeld wekelijks alcoholgebruik gehandhaafd. De patiënten geven aan zeer tevreden te zijn met het behandelingsprogramma en vooral met het contact met de therapeut.

Uit de Nederlandse programmeringsstudie E-mental Health blijkt dat de effecten van online interventies met therapeutisch contact groter zijn dan de effecten van online zelfhulp.

6. Conclusie

Bibliotherapie, zijnde zelfhulphandleidingen, zelfhulpboeken of -brochures zijn een zeer toegankelijke en kosteneffectieve manier om risicovol en schadelijk drinken terug te dringen. Het zelfhulpmateriaal dient dan wel gebaseerd te zijn op cognitief-gedragsmatige strategieën. Het effect is ook groter bij personen die specifiek naar dergelijk materiaal vragen. Om effect te hebben, dient bibliotherapie niet noodzakelijk aangevuld te worden met begeleiding. Het kan nuttig zijn om patiënten die zich met alcoholproblemen bij de hulpverlening aanmelden geschreven zelfhulpmateriaal mee te geven. Dit leidt, behalve bij zwaardere drinkers, niet tot een grotere toeleiding naar de hulpverlening maar vermindert wel het drinken. Bij zwaardere problemen is sowieso doorverwijzing naar formele hulpverlening aangewezen. Een belangrijk voordeel is dat bibliotherapie groepen bereikt die moeilijker de stap zetten naar professionele hulp.

Zelfhulpgroepen, namelijk groepen waarvan de deelnemers dezelfde problematiek delen en begeleid worden door lotgenoten, bieden permanente hulp. Dat is meteen een groot voordeel naast het feit ze een nieuw sociaal netwerk aanbieden. Bovendien is deelname vrijwillig, anoniem en kan op ieder moment ingestapt worden. De meeste zelfhulpgroepen werken volgens het twaalfstappenprogramma.
In een recente Cochrane meta-analyse wordt gesteld dat op dit moment geen enkele experimentele studie duidelijk de effectiviteit aantoont van de AA of andere twaalfstappeninterventies in het verminderen van de alcoholafhankelijkheid of alcoholproblemen.
Eerdere studies suggereren wel een positief verband tussen deelname aan zelfhulpgroepen en abstinentie.
Het effect van zelfhulpgroepen is groter indien men aan meer bijeenkomsten deelneemt, intensiever betrokken is bij de werking en in combinatie met professionele nazorg.
Dwingende verwijzing naar AA is niet effectief.
AA is kosteneffectiever dan professionele zorg.
Zelfhulpgroepen zijn geen alternatief voor professionele hulpverlening maar dienen gezien te worden als een vorm van voortdurende zorg.
De AA is niet enkel effectief voor godsdienstige cliënten.
Bij deze conclusies dient rekening gehouden te worden met het feit dat:

- het onderzoek focust op de AA en dus op alcohol;
- vooral volwassenen bestudeerd worden;
- de meeste studies Amerikaans zijn en dus niet zomaar te vertalen naar de Belgische situatie;
- de onderzoeken nagenoeg allemaal gaan over deelname aan de AA *na* professionele behandeling. We weten dus niets over het effect van zelfhulpgroepen als eerste of enige hulpvorm.

E-mental health maakt gebruik van ICT en internet om de gezondheid en de gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. Er zijn verschillende gradaties mogelijk in intensiteit en begeleiding. We onderscheiden online zelftests (screening, advies op maat), online zelfhulp en online behandeling.

E-mental health heeft twee grote voordelen. Enerzijds heeft de gebruiker het gevoel anoniem te zijn. Anderzijds kan de interventie thuis in het eigen tempo gevolgd worden en is ze 24 uur per dag beschikbaar.
De drempel naar e-mental health is laag en zo worden ook groepen bereikt waarvoor de stap naar de reguliere hulpverlening te groot is, bv. mensen met schaamtegevoelens, mensen met angst voor stigmatisering of privacyschending, mensen met vooroordelen over therapeuten, mensen met mobiliteitsproblemen, mensen met weinig vrije tijd, mensen met lichamelijke beperkingen.
Het internet lijkt ook een andere doelgroep aan te spreken dan de reguliere hulpverlening met name vrouwen, werkenden, hoger opgeleiden, ouderen en mensen die nog niet in behandeling zijn geweest.
Een belangrijk nadeel is dat de uitval van online interventies hoger is dan bij face-to-facetherapie. Verder kan in een online interventie moeilijk rekening gehouden worden met comorbiditeit. Online communicatie is uiteraard nooit hetzelfde als persoonlijke face-to-facecommunicatie. Ten slotte worden met e-interventies enkel personen bereikt die toegang hebben tot internet en die over de nodige computervaardigheden beschikken.

Als eerste stap zijn **online zelftesten** mogelijk van het eigen gebruik. De eerste resultaten van effectstudies zijn positief: het alcoholgebruik van de deelnemers daalt en gezien het minimale tijds- en financiële investeringen vergt en een grote groep wordt bereikt, is de kosteneffectiviteit hoog.

Bij **online zelfhulp** doorloopt de deelnemer zelf anoniem een stappenprogramma volgens zelf vastgelegde doelen. Effectonderzoek van Nederlandse interventies zijn zeer positief. De weekconsumptie van alcohol daalt en de interventie zorgt ervoor dat mensen zich vaker houden aan de richtlijn voor verantwoord drinken.

Online behandeling gaat een stap verder want er wordt online ondersteuning gegeven door een hulpverlener. De hulpverlening blijft wel anoniem en de gebruiker bepaalt zelf de doelen. Uit evaluatie van *alcoholdebaas.nl* blijkt dat de wekelijkse alcoholconsumptie daalt en dat de meeste alcoholgerelateerde klachten afnemen na het doorlopen van het programma. Ook de deelnemers zelf vinden de internetbehandeling effectief en ze waarderen vooral het persoonlijk contact met de hulpverlener. Verder onderzoek geeft aan dat patiënten die zich al meer bewust zijn van hun probleem en klaar zijn voor verandering voordat ze aan dit programma beginnen, het meest profiteren van de behandeling. De uitval bij online behandeling is groot maar door het intensiever contact minder groot dan bij online zelfhulp.

7. Literatuur

Apodaca, T.R., & Miller, W.R. (2003). A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *Journal of Clinical Psychology, 59*(3), 289-304.

Blankers, M., Kersemakers, R., Schramade, M., & Schippers, G. (2007). Eerste ervaringen met internethulpverlening voor probleemdrinkers. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, *62*(12), 1032-1043.

Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S., & Demyttenaere, K. (2004). Zorggebruik voor mentale stoornissen in België. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Tijdschrift voor Geneeskunde*, *60*(11), 790-799.

Brug, J., Van Assema, P., & Lechner, L. (2007). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum.

CAD Limburg (2010). *Cijfers evaluatie alcoholhulp*. Hasselt: CAD Limburg. Data verkregen op verzoek.

Carey, K.B., Scott-Sheldon, L.A., Elliott, J.C., Bolles, J.R., & Carey, M.P. (2009). Computer-delivered interventions to reduce college student drinking: a meta-analysis. *Addiction*, *104*(11), 1807-1819.

Copello, A., Templeton, L., Orford, J., Velleman, R., Patel, A., Moore, L., MacLeod J., & Godfrey, C. (2009). The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: a randomized trial. *Addiction*, *104*(1), 49-58.

Cunningham, J.A. (2005). Is level of interest among cannabis users in self-help materials and other services aimed at reducing problem use? *Addiction, 100(*4), 561.

Cunningham, J.A. (2009). Internet evidence-based treatments. In P.M. Miller (ed.). *Evidence-based addiction treatment* (pp.379-397). Amsterdam: Elsevier.

Cunningham, J.A., Koski-Jännes, A., Wild, T.C., & Cordingley, J. (2002). Treating alcohol problems with self-help materials: a population study. *Journal of Studies on Alcohol*, *63*(6), 649-654.

Cunningham, J.A., Sdao-Jarvie, K., Koski-Jännes, A., & Breslin, F.C. (2001). Using self-help materials to motivate change at assessment for alcohol treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 20*(4), 301-304.

De DrugLijn (2010). *DrugLijn jaarverslag 2009*. Brussel: De DrugLijn. Geraadpleegd van http://www.druglijn.be/nieuw/DrugLijnnieuws/DeDruglijn_Jaarverslag_2009.pdf

Demarest, S., Drieskens, S., Gisle, L., Hesse, E., Tafforeau, J., & Van der Heyden, J. (2009). *Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 – 2008. Health Interview Survey Interactive Analysis.* Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid – eenheid voor epidemiologie.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2009). *Internet-based drug treatment interventions: Best practice and applications in EU Member States*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Ferri, M., Amato, L., & Davoli, M. (2009). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD005032. DOI:10.1002/14651858.CD005032.pub2.

GGZ Nederland (2003). *Zelfhulp. Literatuurstudie over de waarde van zelfhulpgroepen en 12 stappenprogramma's.* Amersfoort: GGZ Nederland, project resultaten scoren. Geraadpleegd van http://www.ggznederland.nl/verslavingszorg/publicaties-resultaten-scoren-pagina/zelfhulpgroepen-en-12-stappenprogrammas.pdf

GGZ Nederland (2004). *Onbenutte mogelijkheden. Handleiding voor de aansluiting tussen verslavingszorg en zelfhulpgroepen.* Amersfoort: GGZ Nederland, project resultaten scoren. Geraadpleegd van http://www.ggznederland.nl/verslavingszorg/publicaties-resultaten-scoren-pagina/onbenutte-mogelijkheden-handleiding.pdf

Gielen, P., Godemont, J., Matthijs, K., & Vandermeulen, A. (2010). *Zelfhulpgroepen. Samen werken aan welzijn en gezondheid.* Tielt: Lannoo.

Huiberts, A., & Boon, B. (2003). Wat u drinkt, test u zelf. Eén jaar alcoholadvies-op-maat via internet. *G Vakblad over gezondheid en maatschappij, 6*(3), 28-29.

Humphreys, K., Wing, S., McCarty, D., Chappel, J., Gallant, L., Haberle, B., Horvath, A.T., Kaskutas, L.A., Kirk, T., Kivlahan, D., Laudet, A., McCrady, B.S., McLellan, A.T., Morgenstern, J., Townsend, M., & Weiss, R. (2004). Self-help organizations for alcohol and drug problems: toward evidence-based practice and policy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *26*(3), 151-158.

Internet World Stats (2010). *Internet usage statistics*. Bogota: Miniwatts Marketing Group. Geraadpleegd van http://www.internetworldstats.com/stats.htm

Kaskutas, L.A. (2009). Alcoholics anonymous effectiveness: faith meets science. *Journal of Addictive Diseases, 28*(2), 145-157.

Kerssemakers, R. (2001). De toepassing van Internet in de verslavingszorg. *Handboek verslaving*, C 2040, 1-22.

Lange, A., Ruwaard, J., & Schrieken, B. (2009). Hulpverlening voor psychische problematiek via het world wide web. *De Psycholoog*, 634-640.

Meijer, S.A., Smit, F., Schoemaker, C.G., & Cuijpers, P. (2006).*Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen.* Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Postel, M., Ter Huurne, E., De Haan, H., & De Jong, C. (2009). Alcoholdebaas.nl. Drie jaar online hulpverlening voor probleemdrinkers. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, *64*(5), 357-372.

Postel, M.G., De Jong C.A.J., & De Haan, H.A. (2005). Does e-therapy for problem drinking reach hidden populations? *American Journal of psychiatry*, *162*(12), 2393.

Postel, M.G., De Haan, H.A., & De Jong, C.A.J. (2010). Evaluation of an E-Therapy Program for Problem Drinkers: A Pilot Study. *Substance Use & Misuse, 45*(12), 2059–2075.

Raistrick, D., Heather, N., & Godfrey, C. (2006). *Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems*. London: National Treatment Agency for Substance Misuse.

Riper, H., Kramer, J., Conijn, B., Smit, F., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2009a). Translating effective web-based self-help for problem drinking into the real world. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 33*(8), 1401-1408.

Riper, H., Kramer, J., Keuken, M., Smit, F., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2008a). Predicting successful treatment outcome of web-based self-help for problem drinkers:

secondary analysis from a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 10*(4), e4. doi: 10.2196/jmir.1102

Riper, H., Kramer, J., Smit, F., Conijn, B., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2008b). Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial. *Addiction, 103*(2), 218-227.

Riper, H., Smit, F., van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., & Mutsaers, K. (2007). *E-mental health: high tech, high touch, high trust. Programmeringsstudie e-mental health in opdracht van het ministerie VWS.* Utrecht: Trimbos-Instituut.

Riper, H., van Straten, A., Keuken, M., Smit, F., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2009b). Curbing problem drinking with personalized-feedback interventions: a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine, 36*(3), 247-255.

Rooke, S., Thorsteinsson, E., Karpin, A., Copeland, J., & Allsop, D. (2010). Computer-delivered interventions for alcohol and tobacco use: a meta-analysis. *Addiction*, *105*(8), 1381-1390.

Rutten, R. (2008). Behandeling van verslaafden. In K. Kerssemakers, R. van Meerten, E. Noorlander, & H. Vervaeke, H. (2008). *Drugs en alcohol. Gebruik, misbruik en verslaving* (pp.552-588). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Stichting Zelfhulp en Verslaving (2010). *Informatie zelfhulpgroepen en verslavingen*. Amsterdam: Stichting Zelfhulp en Verslaving. Geraadpleegd van http://www.zelfhulpverslaving.nl/

Studiedienst van de Vlaamse regering (2010). *E-gezondheid: percentage personen die in de laatste 3 maanden op het internet zochten naar informatie i.v.m. gezondheid naar geslacht, leeftijd en opleiding.* Brussel: Studiedienst van de Vlaamse regering. Geraadpleegd van http://www4.vlaanderen.be/dar/svr/Cijfers/Pages/Excel.aspx

Trefpunt Zelfhulp (2010a). *Over de werking van zelfhulpgroepen*. Leuven: Trefpunt Zelfhulp. Geraadpleegd van http://www.zelfhulp.be/pdf/FAQ_werking.pdf

Trefpunt Zelfhulp (2010b). *Zelfhulpgroepen*. Leuven: Trefpunt Zelfhulp. *Geraadpleegd van http://www.zelfhulp.be/zoek/probleem_ALCOHOLVERSLAVING.html*

Van ‘t Land, H., Grolleman, J., Mutsaers, K., & Smits, C. (2008). *Trendrapportage GGZ 2008. Deel 2 toegang en zorggebruik. Basisanalyse.* Utrecht: Trimbos-Instituut.

Westendorp, Heleen (2006). Een lage drempel naar minder drinken. *VAD-berichten*, 4, 12-14. Geraadpleegd van http://www.vad.be/media/18930/vadnr4-06%20lr.pdf